

LES SALPINGITES HERNIAIRES

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le 29 novembre 1938

POUR OBTENIR LE TITRE DE
DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
(Mention Médecine)

PAR

LEIBA (Léon)

né le 27 mai 1914, à Roman (Roumanie)

Examinateurs de la Thèse : { MM. HAMANT, Professeur Président.
BINET, Professeur..... }
BODART, Agrégé. } Juges.
CHALNOT, Agrégé..... }

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical*

NANCY
IMPRIMERIE GEORGES THOMAS
Angle des rues de Solignac et Henri-Lepage

1938

LES SALPINGITES HERNIAIRES

LES SALPINGITES HERNIAIRES

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le 29 novembre 1938

POUR OBTENIR LE TITRE DE
DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
(Mention Médecine)

PAR

LEIBA (Léon)

né le 27 mai 1914, à Roman (Roumanie)

Examineurs de la Thèse : { MM. HAMANT, Professeur Président.
BINET, Professeur..... }
BODART, Agrégé. } Juges.
CHALNOT, Agrégé..... }

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical*

NANCY

IMPRIMERIE GEORGES THOMAS

Angle des rues de Solignac et Henri-Lepage

1938

UNIVERSITÉ DE NANCY - FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen: M. L. SPILLMANN, C ✱, I ①

Professeurs honoraires: MM. NICOLAS, ✱, I ①; WEISS, O ✱, I ①;
BOUIN, O ✱, I ①; ANCEL, ✱, I ①; GARNIER, ✱, I ①; DUFOUR, ✱, I ①;
HOCHÉ, O ✱, I ①; FRÉLICH, ✱, I ①; LAMBERT, ✱, I ①.
JACQUES, ✱, I ①; ANDRÉ, O ✱, I ①

PROFESSEURS:

Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.	M. L. SPILLMANN, C ✱, I ①.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	M. A. FRUHHINSHOLZ, O ✱, I ①.
Histologie	M. R. COLLIN, ✱, I ①.
Anatomie descriptive	M. M. LUCIEN, O ✱, I ①.
Clinique médicale	M. L. RICHON, ✱, I ①.
Chimie médicale	M. H. ROBERT, ✱, I ①.
Clinique médicale	M. M. PERRIN, ✱, I ①.
Hygiène et médecine sociale	M. J. PARISOT, C ✱, Ch.S.P., I ①.
Clinique chirurgicale	M. HAMANT, ✱, I ①.
Clinique ophtalmologique	M. P. JEANDELIZE, ✱, I ①.
Physiologie	M. SANTENOISE, ✱, I ①, A ①.
Clinique des maladies des enfants.....	M. L. CAUSSADE, ✱, I ①.
Bactériologie et parasitologie médicale.....	M. DE LAVERGNE, ✱, I ①.
Pathologie gén. et méd. expérimentale.....	M. P. SIMONIN, I ①.
Clinique gynécologique	M. BINET, ✱, I ①.
Pathologie chirurgicale	M. BARTHELEMY, ✱, I ①.
Anatomie pathologique	M. WATRIN, ✱, I ①.
Hydrologie	M. L. MERKLEN, I ①.
Médecine légale	M. MUTEL, ✱, I ①.
Thérapeutique	M. N...
Professeurs sans chaire	M. JOB, ✱, I ①. M. LAMY, ✱, I ①.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES:

Clinique des maladies tuberculeuses.....	M. P. SIMONIN, I ①, professeur.
Thérapeutique chirurg. et tech. opérat.	M. ABEL, ✱, I ①, agrégé.
Clinique des maladies contagieuses.....	M. GUILLEMIN, I ①, agrégé.
Clinique des vieillards	M. DE LAVERGNE, ✱, I ①, profess.
Electrothérapie et radiologie.....	M. DROUET, I ①, agrégé.
Accouchements (cours théorique).....	M. G. LAMY, ✱, I ①, ch. du c., ag. I.
Obstétrique	M. JOB, ✱, I ①, prof. sans chaire.
Clinique et propédeutique chirurgicale	M. VERMELIN, ✱, I ①, agrégé
Clinique et propédeutique chirurg. infantile.	M. CHALNOT, agrégé.
Clinique propédeutique médicale	M. BODART, agrégé.
Pathologie interne	M. KISSEL, agrégé.
Clinique des maladies mentales.....	M. ABEL, ✱, I ①, agrégé.
Education physique (I)	M. HAMEL, ✱, docteur.
Clinique neurologique (I)	M. L. MERKLEN, I ①, prof.
Propédeutique O.-R.-L. (I)	M. MICHON, docteur.
Parasitologie	M. AUBRIOT, ✱, docteur. M. DOMBRAY, ✱, docteur.

AGRÉGÉS EN EXERCICE:

MM. FLORENTIN, ✱	MM. WOLFF, A ①.	MM. GUILLEMIN, I, ✱.
BODART.	MELNOTTE, O ✱.	ABEL, ✱, A ①.
CHALNOT.	VERMELIN, ✱, A ①.	DROUET, I, ✱
		KISSEL.

AGRÉGÉS LIBRES:

MM. G. GROSS, ✱, I ①; S. RÉMY, I ①; BUSQUET, I ①;

M. E. TRIBOLET, I ①, Secrétaire.

(I) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver



A MES PARENTS

*Bien faible témoignage de mon affection
filiale et de mon infinie reconnais-
sance.*

A MA SŒUR

Affectueuse tendresse.

Meis et Amicis

A mon Maître et Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR HAMANT

Professeur de Clinique chirurgicale
Chevalier de la Légion d'honneur

Nous conserverons le souvenir de ses cliniques si vivantes. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre gratitude pour sa grande bienveillance et notre respectueuse reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant sa présidence de notre thèse inaugurale.

A mes Juges:

M. LE PROFESSEUR BINET

Professeur de Clinique gynécologique
Chevalier de la Légion d'honneur

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHALNOT

Professeur agrégé de Clinique et Propédeutique chirurgicale

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BODART

Professeur agrégé de Clinique
et Propédeutique chirurgicale infantile

Témoignage de profonde gratitude pour l'honneur qu'ils nous ont fait en acceptant de juger notre thèse.

*A tous mes Maîtres
de la Faculté de Médecine de Nancy*

SERMENT

Sur ma conscience, en présence de mes maîtres et de mes condisciples, je jure d'exercer la médecine suivant les lois de la morale et de l'honneur et de pratiquer scrupuleusement tous mes devoirs envers les malades, mes confrères et la Société.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Les hernies des organes génitaux de la femme sont bien connues. Ce peuvent être des hernies de l'utérus simple ou des hernies des annexes :

soit de l'ovaire seul,

soit de la trompe seule,

soit de l'ovaire et de la trompe ensemble. Alors que les hernies tubo-ovariennes sont l'apanage presque exclusif de l'enfance, les hernies de la trompe seule se voient surtout à l'âge adulte. Les hernies tubo-ovariennes sont congénitales ; leur pathogénie est la même que celle de l'ectopie testiculaire.

C'est seulement la hernie de la trompe seule, hernie acquise, qui par ses complications retiendra notre attention ; ces trompes herniaires sont fréquemment le siège d'accidents :

1° *La torsion*, bien étudiée par AUVRAY. (*Arch. mens. de gynéc. et d'Obst.*, 1912).

2° *L'étranglement* (exceptionnel, il s'agit en réalité d'un faux étranglement).

3° *La salpingite herniaire*.

C'est l'inflammation de la trompe herniée, qui fera le sujet de notre thèse.

On peut définir la salpingite herniaire : un accident aigu, une complication inflammatoire de la trompe utérine herniée.

La poussée salpingienne survient après les règles. Il s'agit d'une inflammation locale, d'une péritonite herniaire.

C'est à propos d'un cas observé dans son service, que notre maître, M. le Professeur agrégé CHALNOT nous a confié le soin de préciser certains points de l'étiologie, de la pathogénie, de la symptomatologie et du traitement de la salpingite herniaire, ce dont nous lui sommes infiniment reconnaissant. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre gratitude pour la grande bienveillance et les conseils éclairés qu'il nous a constamment témoignés.

Comme la salpingite herniaire est la plus fréquente des complications de la hernie tubaire, nous avons fait précéder notre travail de quelques considérations sur la hernie des annexes en général. Nous publions les observations qui nous paraissent illustrer le mieux notre travail. Nous avons traduit les observations les plus intéressantes, laissant de côté les observations douteuses, dans lesquelles il n'est pas démontré qu'il s'agisse d'une salpingite herniaire.

HISTORIQUE

C'est à VOIGT, en 1809, que revient le mérite d'avoir publié le premier cas de hernie de la trompe utérine seule, compliquée de phénomènes inflammatoires.

En 1834, BÉRARD publia un cas d'hydropisie du sac herniaire à contenu tubaire. Une ponction malheureuse, faite dans le but de préciser la nature du liquide qui remplissait le sac, amena la mort de la malade par péritonite.

BRUNNER qui eut l'occasion d'observer deux cas de hernie de la trompe de Fallope, entreprit en 1889 la première étude d'ensemble.

Ayant observé neuf cas, LEJARS revient dans la *Revue de Chirurgie* de 1893 sur la question.

Depuis sont apparus les travaux de HENGgeler, VÖGEL, REMEDI, MORF, à l'étranger; en France ce sont les thèses de SCHULTZE, IVANOFF, GARRIGUES, MONTAGNARD, qui s'intéressent de la hernie tubaire.

Récemment HEINECK publia une étude d'ensemble sur les hernies des organes génitaux de la femme. JEANNENEY et DAX publient un cas de salpingite herniaire, accompagné de quelques considérations.

A l'étranger, PERRINO, DANIEL, BATTISTA, FAUVET, etc., publient des observations de malades affectées de hernies de la trompe malade.

En 1937, ABBELOOS et POHL, dans le *Scalpel*, rapportent un cas de pyosalpinx hernié dans une éventration de la fosse iliaque gauche.

Notre maître, M. le Professeur agrégé CHALNOT a présenté avec M. LEICHTMANN à la Société française de Gynécologie en juin 1938, l'observation d'une jeune fille opérée d'urgence de hernie étranglée, dont le contenu était un pyosalpinx.

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES

FAVORISANT LA HERNIE TUBAIRE

A) MOYENS DE FIXITÉ NORMAUX DE LA TROMPE

Les trompes utérines sont situées dans l'aileron moyen du ligament large. Elles sont situées sur les côtés de l'utérus et tandis que l'extrémité interne de la trompe se continue avec l'utérus, son extrémité externe est unie à l'ovaire par le ligament tubo-ovarien.

La trompe présente trois moyens de fixité :

1° Les deux feuillets du ligament large qui l'entourent ; 2° sa continuité avec l'utérus ; 3° le ligament tubo-ovarien.

Malgré ces moyens de fixité, la trompe est très mobile sur place ; elle est le siège de déplacements physiologiques. Pendant la grossesse elle remonte, ainsi que l'ovaire, dans l'intérieur de la cavité abdominale, pour redescendre après dans l'excavation pelvienne.

Située entre les deux feuillets du ligament large, elle est solidaire de l'utérus ; c'est ainsi qu'elle se porte en arrière lorsque la vessie est distendue.

Le pavillon de la trompe est solidaire de l'ovaire par le ligament tubo-ovarien.

Ces moyens de contention laissent à la trompe une grande mobilité. La trompe a en outre une mobilité propre, très étendue, due à la façon dont se comporte le péritoine à son niveau. Les deux feuillets péritonéaux qui constituent le ligament large arrivés au niveau du bord inférieur de la trompe se séparent pour constituer à la trompe une enveloppe complète; il se forme donc au-dessous de la trompe un méso, le méso-salpinx, de forme triangulaire, dont le sommet répond à la corne utérine et la base à la partie supérieure du bord pariétal du ligament large.

Grâce à sa mobilité, la trompe de Fallope peut abandonner son domicile et sortir par un des orifices de la paroi abdominale; c'est alors la hernie de la trompe.

B) MODE D'ENGAGEMENT DE LA TROMPE DANS LE SAC

1° Que pour une raison quelconque la trompe soit plus mobile que normalement, et indépendante des organes de voisinage, elle s'engagera dans l'orifice herniaire par *le pavillon*, c'est-à-dire par sa position la plus mobile. Le pavillon de la trompe une fois engagé dans l'orifice herniaire s'abaisse dans le sac sous l'influence de la poussée abdominale et l'engagement de la trompe s'accroît; la hernie tubaire est alors constituée. L'ovaire, entraîné par le ligament tubo-ovarien, peut s'engager à son tour dans l'orifice herniaire, mais c'est une éventualité rare. Sur nos douze observations l'ovaire a été rencontré deux fois (obs. III, VI).

2° Sous l'influence de la poussée abdominale la *partie interne de la trompe* s'engage aussi; la trompe utérine, retenue par le ligament tubo-ovarien se replie sur elle-même en anse dans le sac herniaire.

3° Plus rarement c'est la portion moyenne de la trompe qui s'engage la première, le plus souvent le pavillon ne tarde pas alors à s'engager à son tour, mais quelquefois il peut rester dans l'abdomen.

C) CAUSES FAVORISANT LA MIGRATION TUBAIRE

a) Toutes les causes qui contribuent à relâcher les moyens de fixité de la trompe sont les *causes prédisposantes* à la hernie de cet organe.

1° La *grossesse* en premier lieu. Pendant la grossesse les trompes s'hypertrophient d'une manière assez notable; elles paraissent allongées et suivent l'utérus dans ses changements topographiques. Elles s'élèvent dans l'hypogastre, vers la fosse iliaque, puis dans la région lombaire. Après l'accouchement elles doivent réintégrer graduellement la loge qu'elles occupent normalement.

Mais parfois la distension mécanique a été telle que l'involution normale n'a été qu'ébauchée. Elles restent plus longues qu'auparavant et flottent librement dans le petit bassin. Ce même phénomène qui dans ces cas n'intéresse que la trompe, peut se produire vis-à-vis de l'appareil ligamentaire.

Tout le monde sait que grossesses et accouchements répétés ne sont rien d'autre qu'une série d'épreuves à la congestion et le ramolissement qui se

combinent pour anéantir la résistance des muscles et à plus forte raison, celle des ligaments.

Cette cause a une grande importance, ainsi qu'en témoigne la fréquence des observations dans lesquelles la hernie est survenue après un accouchement (obs. IV, V, VII).

D'ailleurs l'accouchement, pendant la période de travail, étant une série d'efforts, fait forcer les orifices herniaires.

2° LEJARS signale comme cause prédisposante les *déplacements mécaniques* de la trompe à la suite de l'utérus. Chez la malade de LEJARS (*Rev. de Chir.*, 1893) il existait un volumineux fibrome utérin. On conçoit qu'en pareil cas le fond utérin, surélevé et basculant en avant, entraîne avec lui la trompe; le pavillon vient se mettre de niveau avec l'orifice inguinal ou crural et sous la moindre pression il s'y laisse entraîner.

3° Un *prolapsus utérin*, en abaissant la trompe favorise son engagement dans le canal herniaire (PICQUÉ et POIRIER, *Rev. de Chir.*, 1892).

Donc les causes prédisposantes à la production d'une hernie de la trompe sont l'affaiblissement de la paroi abdominale d'une part, le relâchement des moyens de fixité de cet organe d'autre part.

b) *La cause occasionnelle* qui est commune à toutes les hernies, c'est l'augmentation de la pression intra-abdominale, sous l'influence d'un effort, d'un traumatisme. Si cette cause devient prépondérante on a affaire à une véritable *hernie de force* (obs. de Kousmine. *Rev. de Chir.*, 1895).

Enfin dans d'autres cas la trompe est entraînée dans le sac d'une hernie par le péritoine qui la recouvre. La hernie qui se produit ainsi est une *hernie par glissement*. Dans ces cas, la trompe n'est plus libre dans le sac, elle est reliée à sa face postérieure par le méso-salpinx, dont les deux feuillets se séparent sur cette face, pour former le sac lui-même. C'est par ce mécanisme que s'est produite la hernie de la trompe dans les observations IV, VIII.

Contrairement aux hernies tubo-ovariennes qui se font presque toujours par le canal inguinal (PATEL trouve 25 hernies inguinales sur les 36 observations recueillies), les hernies de la trompe seule, se rencontrent tantôt au niveau du canal crural, tantôt au niveau du canal inguinal. Sur nos 12 observations la prédominance inguinale est marquée par le nombre de dix hernies inguinales, le reste étant crurales. Il est très rare d'observer des hernies bilatérales de la trompe.

Quant au côté, on a remarqué que c'est du côté droit qu'on observe le plus grand nombre de hernies de la trompe. Chez nous cette règle n'est pas confirmée. Nous avons cinq hernies droites et six hernies gauches. Dans l'autre cas l'auteur a omis d'indiquer le côté de la hernie.

ASPECTS ANATOMO-PATHOLOGIQUES

DE LA SALPINGITE HERNIAIRE

La trompe utérine contenue dans un sac herniaire est souvent une trompe malade. GARRIGUES sur 43 cas rapportés dans sa thèse ne trouve que 9 cas dans lesquels les auteurs indiquent que la trompe était saine. HEINECK sur 78 observations, trouve 69 malades ne présentant pas d'autres anomalies ou difformités pathologiques; mais il faut tenir compte que ses observations portent sur les hernies ovariennes, tubo-ovariennes et tubaires:

1° Les lésions de la trompe herniée sont variables: tantôt elle est simplement épaissie, oblitérée, rouge foncée, c'est de la *Salpingite parenchymateuse* (obs. V, VI, VIII);

2° tantôt elle est augmentée de volume, œdémateuse, en pressant sur la trompe du pus en sort par le pavillon, il s'agit de la *Salpingite purulente* (obs. I, VII, XI);

3° D'autres fois il s'agit des salpingites aiguës avec formation de poches plus ou moins volumineuses, dont le contenu est constitué par un liquide aqueux, limpide ou trouble ou même purulent. Suivant la qualité de

l'exsudat on distingue ainsi l'*hydrosalpinx* (obs. XII) et le *pyosalpinx* (obs. III, IX, X, XI). Leurs dimensions sont variables. Les lésions suppuratives de la trompe s'accompagnent dans le sac de liquide purulent ou muco-purulent.

L'examen bactériologique du pus ne montre pas l'existence de germes. C'est seulement dans l'abs. III que le streptocoque put être décelé.

ETIOLOGIE

Une question a été posée. Est-ce que la salpingite herniaire est une hernie d'une trompe malade primitivement, ou a-t-on affaire à une trompe herniée et infectée secondairement? La hernie est la première en date. Elle est favorisée par la mobilité du viscère qui descend dans un sac herniaire préexistant ou en voie de développement. Une force ou une attraction repoussant ou attirant la trompe à travers l'ouverture et le canal.

L'inflammation de la trompe est secondaire à sa hernie; il est exceptionnel de voir une trompe préalablement enflammée faire hernie.

Les affections pelviennes, telles que les salpingites, salpingo-ovarites, entraînent fatalement la formation d'adhérences. Le péritoine pelvien se cloisonne et il résulte une immobilisation totale, dans la majorité des cas, des organes voisins. La trompe, l'ovaire très adhérents ne forment plus qu'une masse. Ces affections sont donc loin de favoriser la formation d'une hernie des annexes. On peut même aller jusqu'à dire qu'une femme ayant présenté des phénomènes de pelvi-péritonite ne présentera presque jamais une hernie des annexes.

La localisation de l'infection sur une trompe herniée s'explique: elle présente en effet du fait de sa

position anormale des *troubles circulatoires* (stase, congestion), une oblitération plus ou moins prononcée de sa lumière, enfin elle est exposée à des multiples *traumatismes*, les essais de taxis en première place (obs. VIII).

Il est inutile de rappeler que le taxis est une méthode à rejeter sans discussion en présence d'une hernie de la trompe.

Dans nos observations VI, X, on peut se rendre compte que c'est peu de temps après un *avortement* ou un *accouchement laborieux* que les malades se plaignent de leur hernie, qui jusqu'alors était réductible et bien tolérée.

On peut penser qu'on se trouvait en présence des trompes congestionnées par suite d'une légère inflammation. La congestion favorisée par l'accouchement, favorise la localisation de l'infection sur la muqueuse tubaire.

La salpingite herniaire est une affection de l'âge adulte. La poussée salpingienne survient généralement après l'époque des règles, époque qui n'est qu'une congestion des annexes. Mêmes les douleurs s'accroissent pendant cette période.

PATHOGÉNIE

Un point important de la pathogénie des Salpingites herniaires est à savoir la possibilité de l'existence de l'étranglement.

En présence d'une malade amenée d'urgence pour étranglement herniaire à contenu tubaire, a-t-on affaire à un véritable étranglement? Ou s'agit-il simplement d'un faux étranglement d'étiologie inflammatoire?

Certains auteurs se demandent si les accidents sont bien dus à un étranglement réel de la trompe, causé par une constriction véritable de l'organe par le collet herniaire, ou bien s'il ne s'agit pas plutôt d'une péritonite sacculaire développée sous l'influence d'une inflammation suppurative de la trompe.

Tandis que LEJARS, GARRIGUES, admettent comme deux accidents absolument distincts les phénomènes d'étranglement de la trompe et les complications inflammatoires de ce même organe, BERGER et MONTAGNARD croient pouvoir affirmer que l'étranglement de la trompe n'existe pas.

Voici comment s'exprime MONTAGNARD à ce sujet :

« Si on a une trompe malade par suite de complications infectieuses du côté du petit bassin (métrite, abcès, inflammation pelvienne) les éléments infec-

« tieux situés plus bas pourront remonter dans le
« canal tubaire à mesure qu'ils chemineront vers
« l'ostium abdominal; la muqueuse tubaire réagira
« alors et sous l'influence des poussées congestives et
« inflammatoires la lumière du canal pourra être
« oblitérée. Dans la suite, la trompe, comme tous les
« canaux, sous l'influence de l'inflammation se lais-
« sera dilater et des néoformations kystiques et puru-
« lentes pourront se constituer dans la paroi de l'or-
« gane. La trompe réalisera le type d'un conduit
« fermé contenant des éléments capables de provo-
« quer, par leur voisinage des phénomènes de réac-
« tion péritonéale. Elle sera très comparable à l'ap-
« pendice ilio-cœcal contenu dans un sac herniaire au
« niveau du collet du sac, sous l'influence de l'inflam-
« mation, la présence d'un sillon très net sur la
« trompe, ne devra pas faire admettre que le point de
« départ des accidents a été l'étranglement. Et ici
« comme dans la hernie de l'appendicite l'hypothèse
« de la salpingite herniaire doit être admise au même
« titre que l'appendice herniaire. Mais si la lumière
« tubaire n'est pas complètement oblitérée, les élé-
« ments infectieux arrivés dans le sac donnent lieu
« à des complications qui pourront revêtir le carac-
« tère de phénomènes localisés qui nécessitent plutôt
« le nom de salpingite herniaire ».

D'ailleurs GARRIGUES, lui-même dit que beaucoup des cas étiquetés étranglement de la trompe et affectant une allure subaiguë, relèvent bien plutôt de l'inflammation que de l'étranglement, ainsi que semble le prouver leur évolution. Ces cas n'aboutissent pas au

sphacèle de la trompe, malgré le retard apporté à l'intervention chirurgicale, un simple traitement médical suffisait à faire rétrocéder les symptômes.

Sur les observations que nous rapportons, quatre d'entre elles (obs. I, III, XI, XII), se présentaient cliniquement sous la forme d'hernie étranglée et on peut admettre l'étiologie inflammatoire de l'étranglement, car à l'opération aucune des pièces ne présenta pas les caractéristiques du vrai étranglement, malgré le retard apporté à l'intervention. D'ailleurs dans ces cas la nature inflammatoire peut être confirmée par le fait qu'on se trouvait en présence des salpingites suppurées ou de pyosalpinx.

On peut dire qu'il s'agissait d'un faux étranglement.

Il existe cependant des observations indiscutables d'étranglement, telle celle rapportée par LEJARS (*Rev. de Chir.*, 1893), où le sillon marquait la limite entre le segment tubaire hernié noirâtre et flasque et l'autre intra-abdominal rouge, lisse, bien vivant. Mais il faut savoir qu'ici l'étranglement porta sur une trompe herniée saine, sans complications inflammatoires.

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC

Les hernies de la trompe sont presque toujours inconnues. La symptomatologie de cette affection se confond totalement avec celle des hernies étranglées. Ainsi le médecin porte-t-il toujours le diagnostic de hernie de l'épiploon enflammé.

A) DIAGNOSTIC CLINIQUE

Cliniquement suivant l'intensité de l'affection, on constatera soit des accidents légers, d'allure bénigne : douleur légère sans réaction péritonéale, au niveau d'une tuméfaction fluctuante et irréductible, soit des accidents aigus pouvant aboutir à la péritonite herniaire et même à la péritonite généralisée, par propagation spontanée ou après des manœuvres intempes- tives (taxis).

Cependant il peut exister de vagues indices pouvant faire penser à la présence de l'oviducte dans le sac :

1° Les douleurs ressenties par les malades sont analogues aux douleurs qu'accompagnent toutes les hernies. Elles ont un caractère qui doit éveiller notre attention, c'est la *concordance des phénomènes douloureux avec l'époque des règles*. Ces douleurs apparaissent au moment des menstrues, ou si elles sont

constantes, elles prennent à leur occasion une plus grande intensité. De même ces douleurs s'accroissent par la marche et par la fatigue.

Lorsque la salpingite herniaire se présente cliniquement sous la forme d'un pseudo étranglement, un point principal de la symptomatologie réside dans le fait que le transit des gaz et des matières, n'est pas interrompu, excepté le cas où la trompe est accompagnée dans le sac herniaire d'une portion d'intestin.

2° Le toucher vaginal à lui seul a permis à VILLARD (obs. VII) de poser le diagnostic avant l'opération d'une manière ferme. On constate que l'utérus basculé à gauche venait d'appliquer sa corne contre l'orifice interne du canal inguinal. Nous avons vu que lorsque la trompe s'engage dans l'orifice herniaire, elle entraîne la corne utérine, l'utérus s'élève dans la cavité abdominale et subit un mouvement de torsion autour d'un axe vertical, tel que sa face antérieure se tourne du côté opposé à la hernie, tandis que son bord correspondant se porte en avant. Le toucher vaginal permet de reconnaître ces modifications: le doigt introduit dans le vagin constate que *le col de l'utérus est élevé et dévié en sens opposé à celui de la hernie*. Mais, signe plus important, si une main est appliquée sur la hernie pendant qu'un doigt introduit dans le vagin communique des mouvements au col utérin, on sent que ces mouvements se transmettent à la hernie et réciproquement. Pourtant il arrive que le signe de la déviation utérine fasse défaut (obs. XI).

En général le toucher vaginal n'est pas pratiqué, ce qui explique pourquoi le diagnostic est si rarement

posé. Peut-être l'examen gynécologique systématiquement pratiqué en cas d'étranglement herniaire pourrait-il le faire supposer.

Aucun de ces caractères n'est pas pathognomonique de la salpingite herniaire. Aussi fait-on le diagnostic de la hernie inguinale ou crurale. Lorsqu'on cherche à préciser le contenu de la hernie on pense souvent à un épiploon enflammé.

B) DIAGNOSTIC CHIRURGICAL

Il apparaît donc que le diagnostic de salpingite herniaire est fait au moment de l'intervention, lorsque celle-ci apparaît aux yeux du chirurgien, après ouverture du sac herniaire. Mais même alors il peut y avoir place au doute. L'opérateur pense quelquefois être en présence de l'appendice iléo-cœcal ou d'une anse d'intestin grêle et ce n'est que par un examen attentif qu'on reconnaît la trompe. Celle-ci se présente en effet sous la forme d'un cordon de la grosseur de la taille d'une « plume à écrire » appliquée contre la paroi postérieure du sac. Mais l'une des extrémités présente un *bouquet de franges*. Ces franges sont caractéristiques de la trompe.

Malheureusement, dans la salpingite herniaire, comme nous l'avons dit au chapitre de l'anatomie pathologique, la trompe présente une extrémité gorgée, œdémateuse, infiltrée, parfois adhérente au sac, kystique. Dans ces conditions, les franges sont méconnaissables. On n'a alors qu'à exercer des tractions sur l'organe hernié et on voit apparaître dans le sac

un petit corps arrondi, d'aspect nacré, qu'on reconnaîtra pour l'ovaire. Ou encore en suivant avec le doigt le cordon qui se présente dans le sac et on arrivera sur la corne utérine, ce qui lévera les doutes. C'est ce qui est arrivé dans notre observation I.

C) DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Avec quel organe peut-on confondre la trompe enflammée?

L'appendice iléo-cœcal. Ni sa consistance, ni ses dimensions, ni sa couleur, ni le méso qui le relie à la face postérieure du sac (les hernies par glissement le sont autant) ne permettent la différenciation.

C'est toujours la recherche de la frange et de la corne utérine qui permettra le diagnostic.

Dans un seul cas, celui de HENGGELE (rapporté par GARRIGUES) on n'a pas reconnu la trompe au cours de l'intervention; on la réséqua en pensant avoir affaire à un cordon épiploïque.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

La guérison, à la suite d'une intervention chirurgicale est la terminaison la plus fréquente des hernies de la trompe utérine. D'après GARRIGUES, il y a une mortalité de 20 %.

Sur nos observations on a un seul cas de mort (obs. II) où « le foyer purulent s'est ouvert dans l'abdomen et avait amené une péritonite rapidement mortelle ».

La salpingite herniaire est une affection bénigne, même en cas d'étranglement, celui-ci n'étant qu'un pseudo-étranglement.

L'indication opératoire est la résection de la trompe malade, suivie d'une cure radicale du sac herniaire d'après les méthodes ordinaires. Il est indiqué de faire une salpingectomie rétrograde. Enlever d'un seul bloc la trompe, l'ovaire et le sac.

Une seule possibilité peut assombrir le pronostic : c'est la propagation de la péritonite sacculaire au péritoine viscéral. Aucune de nos observations n'a eu cette fin, tout en connaissant la fréquence des ruptures du pyosalpinx en péritoine libre.

Le chirurgien doit au cours de l'opération en avoir le soin, vu que la salpingite herniaire est une affection localisée, le foyer purulent et infectieux est en

péritoine cloisonné; il faut avant tout éviter d'ouvrir le ventre. Il est indiqué de disséquer le sac jusqu'au niveau de son collet; y jeter une ligature, enlever le tout après sectionnement, de préférence au thermocautère.

Les suites opératoires sont simples. Comme il s'agit d'un foyer infectieux, un drainage qu'on laissera pendant les premiers jours, amènera une cessation définitive du processus infectieux.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Personnelle. Due à l'obligeance de M. le Pr agrégé CHALNOT)

Le 12 avril 1938 entre au service M^{lle} M... Andrée, âgée de 19 ans 1/2, pour hernie inguinale étranglée. Depuis trois jours elle a remarqué l'existence d'une tuméfaction inguinale droite, douloureuse et irréductible. Elle a des nausées, sans vomissements. Elle a des gaz et même une selle le jour de son entrée.

La tuméfaction étant tendue et douloureuse on pense à une hernie étranglée contenant de l'épiploon. L'intervention est faite immédiatement par M. LEICHTMAN, interne du service; on est surpris, à l'incision d'un sac épais, de trouver du pus qui sourd d'un orifice qu'on agrandit. Celui-ci est tapissé d'une muqueuse striée longitudinalement, l'exploration montre que cette cavité se prolonge à l'intérieur du ventre et que la pression en fait sortir du pus blanchâtre et inodore.

On dissèque alors l'organe adhérent et épais et on arrive progressivement à amener une tuméfaction plus charnue et résistante qui est reconnue comme étant le corps utérin. Le ventre n'a pas été ouvert complètement. On lie alors la trompe enflammée et on fait la cure radicale de la hernie sur un drainage filiforme.

Les suites sont simples, mais le lendemain la malade a ses règles bien qu'elle les ait eues huit jours auparavant.

L'examen bactériologique montre un pus aseptique et l'histologie confirme l'existence d'une muqueuse tubaire avec lésions inflammatoires non spécifiques.

Le 27 avril, à la sortie, la plaie était cicatrisée, l'utérus était attiré à droite et on sentait dans le cul-de-sac de ce côté une petite tuméfaction fibreuse résiduelle.

OBSERVATION II

Hernie de la trompe
(DOLBEAU - Soc. Anat., 1854))

La malade qui a offert cette altération est entrée à l'hôpital il y a quelques semaines. Elle portait une tumeur dans la région inguinale, tumeur rouge, fluctuante, douloureuse, avec tous les signes d'un abcès dans le canal inguinal. Le foyer a été incisé, il en est sorti du pus, mais quelques jours après est survenue une péritonite intense due à une ouverture du sac dans l'abdomen. La malade a succombé rapidement.

A l'autopsie, voici ce que nous avons pu constater : un foyer purulent, communiquant d'une part avec la cavité abdominale, de plus un kyste séreux, indépendant de cette poche. Ce kyste, incisé, a laissé écouler de la sérosité, et l'on a reconnu, ainsi qu'on a pu s'en assurer, que cette poche était située dans la cavité de la trompe. Ce kyste, de même que le foyer purulent, était placé dans le canal inguinal.

Après un examen attentif, on voit un sac herniaire dans lequel est placé la trompe : en dehors et en avant de ce sac, le ligament rond. C'est dans le sac herniaire qu'existe le foyer purulent. Quant à l'ovaire, il est resté dans l'abdomen, à l'ouverture du canal inguinal. Il y avait donc une hernie de la trompe avec un kyste séreux dans sa cavité : le tout contenu dans un sac herniaire enflammé. Le foyer en suppuration, en s'ouvrant dans l'abdomen, a amené une péritonite rapidement mortelle.

OBSERVATION III

Pyosapinx dans un sac herniaire crural
(R. GÖPEL. Observation traduite dans la thèse de SCHULTZ)

Il s'agit d'une femme de 62 ans, qui jusqu'ici aurait été bien portante. Elle est mariée depuis quarante ans : au début de son mariage un enfant, depuis aucune grossesse. Depuis douze

ans, une hernie de la région abdominale inférieure se réduisant toujours facilement.

Le soir du 5 juin 1895, la patiente fut prise d'un frisson, suivi d'une abondante sueur froide. En même temps que son ventre gonflait et devenait douloureux, elle fut prise de violents vomissements qui se renouvelèrent très souvent. Disparition des gaz et des selles.

Le soir du 6 juin, vingt-quatre heures après le début des accidents, la malade présentait l'aspect suivant : femme corpulente, une peu vieillie, légèrement asthmatique, intelligence conservée; pouls à 100, fort; température 39°6; abdomen distendu d'une façon uniforme, douloureux à la moindre pression. Pas d'épanchement diagnostiquable dans la cavité abdominale. Dans la région inguinale droite une tumeur grosse comme un œuf de poule, qui soulève un peu le ligament de Poupart, de façon qu'il soit impossible de préciser la nature crurale ou inguinale de la hernie. Celle-ci, de consistance molle, élastique, donnant à la percussion un son creux et à la palpation la même sensation à peu près que le reste de l'abdomen. L'exploration des organes génitaux montre un utérus augmenté de volume, en forte antéversion et semblant fixe. La palpation bimanuelle est impossible, l'abdomen étant très douloureux.

Diagnostic: Hernie droite crurale ou inguinale avec contenu enflammé; début de péritonite du sac et début de péritonite généralisée.

Le soir même: kélotomie. La hernie est libérée et découverte. L'on reconnaît qu'il s'agit d'une hernie crurale. Le sac contient plus de cuillères à bouche d'une sérosité jaunâtre, un peu louche. On isole la trompe et l'ovaire des adhérences qui les réunissaient aux organes et tissus voisins et on l'excise au thermocautère.

Les jours suivants la fièvre rétrocede lentement. Quatre semaines après l'opération la malade était guérie.

Les pièces enlevées présentaient les particularités anatomiques d'une trompe depuis longtemps kystique, dans laquelle

s'étaient récemment produit des phénomènes inflammatoires. A l'ouverture de la trompe s'échappe un pus clair et fluide, qui contient une grande quantité de diplocoques qui se rapprochent en longues chaînes.

OBSERVATION IV

Hernie de la trompe enflammée. Cure radicale. Guérison.

(R. FRANCK. *Internationale Klin. Rundschau*, 1892)

K... Thérèse, âgée de 21 ans, a eu dans l'enfance une hernie inguinale gauche qui fut opérée. Depuis quelques années elle tousse (infiltration du sommet). Réglée à l'âge de 14 ans; règles régulières, mais s'accompagnant de douleurs dans le ventre et les reins. Fin octobre 1891, a eu un enfant vivant. Elle dit avoir remarqué la hernie inguinale aussitôt après l'accouchement, hernie qui avait la même grosseur que lors de son entrée à la clinique, le 14 novembre. La hernie ne rentrait jamais; elle a commencé à être douloureuse, mais d'une façon légère, dès que la malade s'est relevée de ses couches. Depuis quatre jours, la malade s'est sentie souffrante; elle n'a pas été à la selle, mais a rendu des gaz; la grosseur de l'aine est devenue très sensible.

Etat: jeune femme de constitution frêle, sur la peau du tronc quelques taches d'un blanc pur, symétriques; température normale. Abdomen légèrement ballonné, assez tendu. Dans l'aine, du côté gauche, une tuméfaction de forme ovale, plus grosse que les deux poings, faisant une forte saillie, s'étendant dans la moitié supérieure de la grande lèvre. La peau qui la recouvre porte une cicatrice linéaire de 7 cm., adhérente aux tissus profonds. Cette tumeur est nettement fluctuante, mais on sent dans la grande lèvre une partie solide qui est très douloureuse à la pression, comme toute tumeur. La tumeur donne à la toux une impulsion peu nette; elle ne se laisse amoindrir, ni réduire par la pression. La mobilité est très faible.

La malade n'a pas été examinée par le vagin. Le diagnostic

porté fut : hernie épiploïque enflammée avec exsudat abondant. Traitement : cataplasmes, lavements.

Dans l'espace de trois semaines, la grosseur diminua jusqu'à ne plus avoir que le volume d'un œuf d'oie, et devint tout à fait indolente : elle présentait maintenant une masse dure à laquelle adhérait la cicatrice déjà citée.

Opération le 21 décembre 1891. Je mis à nu la tumeur et l'énucléais ; elle faisait suite à un pédicule épais qui pénétrait dans le canal inguinal. En incisant au devant du pédicule, j'ouvris la péritoine qui forma un sac paraissant vide, dont le fond se continuait avec la tumeur mise à nue et dont le col communiquait avec la cavité péritonéale par un orifice de la grosseur du pouce. Sur la paroi postérieure du sac, on sentait un cordon épais, rond, qui soulevait cette paroi par son bord antérieur convexe, et qui, selon toute apparence, était extra-péritonéal. L'extrémité périphérique du cordon se perdait dans la masse mise à nue ; dans le canal inguinal, le cordon faisait saillie, toujours sur la paroi postérieure du sac ; il recevait un méso dont les deux feuillets passaient en se séparant sur cette paroi postérieure. Le cordon se laissait attirer et suivre jusqu'au corps de l'utérus sur lequel on pouvait voir son insertion. Je le reconnus alors pour la trompe ; le méso de ce cordon était le ligament large. Je liai la trompe et la sectionnai au thermocautère. Je réunis alors par dessus le pédicule la paroi antérieure du collet du sac avec le ligament large, et, finalement, enlevai le sac avec la masse dure qui lui adhérait. Réunion partielle de la peau. Suites dépourvues de fièvre. Le bourgeonnement de la partie de la plaie laissée ouverte tint la malade à la clinique pendant cinq semaines.

L'examen des parties enlevées montra que la trompe avait été reséquée sur une longueur de 10 cm. ; elle était flexueuse, rétrécie en un point : la cavité du sac était grosse comme une noix. La masse à laquelle adhérait le sac consistait uniquement en tissu cicatriciel dur, calleux, dans lequel on ne trouvait pas de trace d'ovaire.

OBSERVATION V

*Hernie inguinale de la trompe. Salpingite correspondante.
Kélotomie et ablation de la trompe malade et de l'ovaire.
Guérison.*

(A. GUINARD. *Bull. Soc. Anat. Paris*, 1893)

La nommée F. H..., âgée de 24 ans, rentre le 24 janvier 1893 dans la salle R. Wallace, à l'hôpital Tenon. Cette jeune femme est d'aspect robuste, elle a habité la campagne dans le département du Cher, ce n'est que depuis un an qu'elle est à Paris. Nous n'insisterons que sur les antécédents génitaux. La menstruation, apparue pour la première fois, à l'âge de 16 ans, n'a jamais été bien réglée, elle s'accompagnait toujours de phénomènes nerveux, de crises nerveuses, au cours desquelles, suivant son expression « il fallait quatre hommes pour la tenir ». Elle perdait du sang à chaque époque menstruelle abondamment et pendant huit jours. Il y a quatre ans, elle a accouché après trois jours de douleurs, l'accouchement a été très laborieux, on s'est servi du forceps. Néanmoins, huit jours après la délivrance, elle reprenait ses occupations de fille de ferme. Au bout de trois semaines, elle commençait à souffrir du ventre, et elle s'apercevait qu'elle portait une tuméfaction dans la région inguinale, venue spontanément, sans que son apparition pût être rapportée à un effort quelconque. Cette tuméfaction était douloureuse à la pression seulement, mais depuis un an, elle est devenue beaucoup plus sensible, et ce sont les douleurs incessantes dont elle est le siège, ainsi que son augmentation de volume progressive, qui engagent la malade à entrer à l'hôpital. Ajoutons que depuis son accouchement, cette jeune femme a constamment eu un écoulement séro-purulent par le vagin, et que les règles sont beaucoup moins abondantes et durent beaucoup moins qu'auparavant (trois jours au lieu de huit).

A son entrée, nous constatons une tuméfaction considérable de la région inguinale gauche, sans changement de coloration à la peau. On peut plisser la peau au devant de la tumeur, mais

il est difficile d'explorer cette tumeur à cause des violentes douleurs que la moindre pression provoque à ce niveau. En introduisant avec précaution l'index dans le canal inguinal, on trouve une seconde tumeur qui semble tenir à la première par un tractus et dont la pression est aussi très douloureuse. Cette dernière tumeur donne exactement la sensation qu'on a chez un homme lorsqu'on explore le testicule retenu en haut du canal inguinal. L'impulsion de la toux se fait sentir surtout sur la tumeur supérieure qui bombe alors fortement dans le canal inguinal. Nous fondant surtout sur la douleur si vive de l'exploration, nous arrivons par exclusion au diagnostic de la trompe et de l'ovaire.

La kélotomie est pratiquée le 27 janvier 1893. Nous arrivons avec peine sur une masse très saignante, allongée en boudin. Le sac péritonéal est très adhérent à la tumeur. En le décollant avec l'ongle, on finit par arriver à la cavité abdominale. M. GUINARD introduit alors un doigt dans le bassin et reconnaît la corne utérine gauche. En remontant du côté de l'anneau inguinal, il attire la portion saine de la trompe et pose un fil double au travers de ce pédicule qui relie la tumeur à l'utérus. Pour libérer de même la tumeur sur son extrémité opposée, M. GUINARD est conduit à attirer l'ovaire qui est à peu près doublé de volume, mais qui n'est pas adhérent au péritoine. Il fait un pédicule comme précédemment, au-dessous de l'ovaire et la tumeur s'énuclee alors facilement. Suture et ressection du sac péritonéal, suture des piliers de l'orifice inguinal et des parois du canal. Sutures de la peau. Pansement ordinaire.

Examen de la pièce : C'est de la salpingite parenchymateuse : on trouve à la coupe trois abcès séparés l'un de l'autre. Huit jours après, la malade est en bonne voie de guérison.

OBSERVATION VI

Hernie inguinale de la vessie, de la trompe et de l'ovaire
(M. REYMOND in *Bull. Soc. Anat. de Paris*, 1894)

M^{me} A L..., femme de ménage, âgée de 38 ans, entre le 17 octobre 1894 à l'hôpital Bichat, dans le service de mon maître M. le professeur TERRIER, pour se faire opérer de deux hernies, l'une de la région ombilicale, l'autre de la région inguinale gauche.

Les antécédents héréditaires sont sans importance : elle est réglée régulièrement depuis l'âge de 15 ans, les règles ne sont pas douloureuses ; elle a eu un enfant il y a six ans. La hernie inguinale existe depuis l'âge de 2 ans, la hernie ombilicale s'est produite il y a trois ans seulement. La malade prétend que la hernie inguinale était réductible jusqu'au moment de ses couches : à la suite de celles-ci, il y a six ans, elle éprouva de vives douleurs à ce niveau, et la hernie cessa de se réduire complètement, les douleurs persistèrent jusqu'au moment de l'opération ; la malade ne remarqua jamais que ces douleurs aient été plus vives au moment des règles, ni que le volume de la hernie diminuât après les mictions.

Lorsque la malade entre à l'hôpital cette hernie inguinale augmente de volume sous l'influence des efforts et de la toux, mais si l'on réduit l'intestin qu'elle contient il reste une masse du volume d'un œuf, mate, dure, descendant jusqu'à l'épine du pubis et paraissant avoir les caractères d'épiploon irréductible et induré. Nous avons dit que la hernie ombilicale s'était développée il y a trois ans : la malade a toujours souffert ; notre collègue JOURDAN l'opéra de cette hernie le 22 octobre, les suites de l'opération furent parfaites.

Le 19 novembre nous opérâmes la malade de sa hernie inguinale.

A l'ouverture du sac herniaire, nous trouvâmes quelques anses d'intestin grêle qui se réduisaient facilement et ne présentaient pas d'adhérences.

Au-dessous se trouvait la trompe, qui adhéraît en arrière à une masse rouge et résistante. L'ovaire était situé au niveau même de l'orifice herniaire. Cet ovaire, comme on peut le voir, est augmenté de volume, fibro-kystique; le kyste le plus volumineux est un kyste sanguin qui adhéraît au pourtour de l'orifice.

La trompe est un peu augmentée de volume, rouge, perméable et présente les caractères de la salpingite catarrhale; une fois libérée de ses adhérences, celle-ci saignait assez abondamment, nous fîmes l'ablation des annexes après avoir agrandi d'ouverture abdominale et avoir placé un fil en X au ras de l'utérus. Nous pûmes alors constater que l'organe restant dans la hernie n'était autre que la vessie; celle-ci descendant jusqu'à hauteur du pubis; elle était contenue dans le sac, en grande partie du moins, sa face supérieure adhéraît à la trompe, et sa face inférieure adhéraît intimement aux tissus sous-jacents.....

Le ventre fut refermé par trois plans de sutures: les suites opératoires furent banales: trois semaines après l'opération, la malade est sur le point de sortir de l'hôpital, sa paroi abdominale est résistante, elle ne souffre plus.

OBSERVATION VII

Salpingite suppurée dans un sac herniaire
(VILLARD. Bull. Soc. de Chir. Lyon, 1900)

Il s'agit d'une femme âgée de 32 ans, entrée à la Charité pour des accidents infectieux post-puerpéraux. Cette malade, mariée à 24 ans, avait eu antérieurement trois enfants, actuellement bien portants. Cinq jours après son dernier accouchement, elle venait à l'hôpital dans un état infectieux des plus graves; la vulve était tuméfiée, œdémateuse, d'aspect érysipélateux; le ventre était ballonné, pas de vomissements pourtant; les urines contenaient une grande quantité d'albumine. La température oscillait autour de 40°.

Dès son entrée, la malade fut soumise à une désinfection soignée de l'utérus; des lavages furent régulièrement faits;

mais sans résultats; la température restait élevée; elle atteignit même un jour 41°4.

Un abcès de fixation fut à ce moment pratiqué. La situation devint alors moins grave, et le 28 mars, c'est-à-dire vingt jours après son entrée, l'état général s'était amélioré, l'œdème et la rougeur de la vulve avaient disparu, la malade s'alimentait un peu et allait assez régulièrement à la selle, la température élevée persistait pourtant indiquant la formation probable d'une collection purulente.

L'examen attentif de l'abdomen et des viscères thoraciques ne permit de découvrir aucune localisation; l'utérus encore volumineux, remontait jusqu'au niveau d'une ligne unissant les deux épines iliaques antérieures, il était fortement incliné à gauche. L'attention fut à ce moment attirée par la constatation d'une hernie inguinale gauche. Celle-ci, de volume d'un petit œuf de poule, était spontanément douloureuse, mais la douleur s'exagérait surtout par la pression et les efforts de la toux, la tuméfaction était fluctuante et irréductible.

Le toucher vaginal me permit alors de constater que l'utérus basculé à gauche, venait appliquer sa corne gauche contre l'orifice interne du canal inguinal, et il était assez facile, par la palpation bimanuelle, de percevoir le pédicule tubaire s'engageant dans le canal. J'ai porté, pour ces raisons, le diagnostic de salpingite suppurée herniée et adhérente. L'élévation de la température, l'état infectieux général, la présence très probable de pus dans le sac herniaire justifiaient une opération qui fut pratiquée le lendemain 19 mars. Elle vérifia complètement le diagnostic.

Aussitôt après l'ouverture du sac, une grande quantité de pus s'écoula. La trompe y flottait, elle était œdémateuse, augmentée de volume, recouverte d'exsudats, et ses franges considérablement tuméfiées, étaient rétractées avec tendance à l'oblitération de la lumière de l'ostium abdominale. Celui-ci n'était pourtant pas encore complètement obitéré et la pression faisait sourdre à son extrémité un liquide purulent. Au point de vue fonctionnel, devant l'intégrité de la lumière du

conduit tubaire, la trompe aurait, peut-être, conservée, mais en dehors de ce fait que, dans l'avenir il était probable que l'oblitération se produirait, je me trouvais dans l'impossibilité de réduire dans le ventre un organe aussi infecté; j'ai donc été réduit à le réséquer.

Les suites de l'intervention furent simples, et trois semaines plus tard la malade quittait l'hôpital.

OBSERVATION VIII (résumée)

Hernie crurale droite irréductible renfermant la trompe utérine. Ablation de la trompe et de l'ovaire.

Cure radicale. Guérison.

(GARRIGUES. Thèse de Paris, 1904)

M^{me} P..., 64 ans, courtière, entre à l'hôpital Tenon, salle Delessert, dans le service de mon maître, M. LEJARS, le 26 février 1903.

Elle a eu deux enfants jumeaux à l'âge de 19 ans. Pas de fausse-couche. Toujours bien réglée jusqu'à l'âge de 32 ans; elle a cessé de voir ses règles depuis cette époque, à la suite d'une pneumonie. Il y a vingt jours environ, elle a remarqué la présence, dans l'aine droite, d'une petite tumeur grosse comme une noix. Cette tumeur, qui était indolente, a été découverte par hasard; elle rentrait très facilement dans le ventre sans la moindre pression et ressortait avec la même facilité.

Il y a treize jours, à la suite d'un effort de toux, la tumeur est sortie et n'a pu être rentrée comme d'habitude. Quelques jours après, la malade désirant porter un bandage, va trouver un médecin à qui elle demande de faire rentrer sa hernie. Celui-ci procède à un taxis très violent (il aurait duré deux heures, dit la malade); mais la hernie ne se réduit pas. Le lendemain la malade entre à l'hôpital.

On constate, dans la région crurale droite, l'existence d'une tumeur de forme ovalaire, allongée dans le sens de l'arcade crurale sur laquelle elle paraît appliquée. Cette tumeur dépasse

le volume d'un œuf de poule; elle a beaucoup grossi depuis le taxis pratiqué la veille. Elle est de consistance solide, mate à la percussion, elle ne subit pas l'impulsion de la toux. La pression à son niveau est douloureuse, mais seulement après les manœuvres de taxis.

Le ventre est souple; il n'y a pas eu de vomissements; pas de fièvre, pouls normal.

Diagnostic: Hernie crurale épiploïque étranglée.

Opération: Incision parallèle au grand axe de la tumeur. Après incision du sac, d'où s'écoule une petite quantité de sérosité, on aperçoit un corps rouge, foncé, arrondi, de consistance assez dure. Des adhérences glutineuses, lâches, qui se laissent facilement dissocier avec le doigt, unissent ce corps à la surface interne du sac. On amène sous les yeux la partie externe de cet organe, qui est renflé et présente des végétations analogues à des crêtes de coq, végétations qui ne sont autres que les franges du pavillon de la trompe utérine. L'aspect de la trompe est le suivant: elle a augmenté de volume, de couleur rouge foncé, de consistance très ferme. Elle est retenue dans la profondeur par son méso. Le méso-salpinx est rouge et très épaissi. Le pavillon tubaire tout entier est situé dans le sac dont il occupe la partie externe. Les franges du pavillon sont rouges, gonflées et ne présentent pas la délicate structure qui leur est habituelle.

La trompe est sectionnée au thermocautère; ablation de la trompe et de l'ovaire par section du ligament large en dehors de la ligature étreignant le ligament au-dessous de l'ovaire. Les suites sont normales. L'examen de la trompe excisée a montré qu'il s'agissait d'une salpingite parenchymateuse.

OBSERVATION IX

Sur un cas de salpingite herniaire

(JEANNENEY et DAX. *Soc. Anat. Paris*, 1923)

Le 5 avril 1922, à 20 heures, N... Andrée, 22 ans, mariée depuis trois mois, est admise d'urgence à l'hôpital pour des accidents douloureux survenus depuis 11 heures au niveau

d'une hernie inguinale droite que la malade présentait de longue date. Exception faite pour l'arrêt des matières et des gaz, les signes d'étranglement herniaire sont au complet: vives douleurs locales irradiant dans tout le ventre, tiraillements lombaires, quelques vomissements, léger météorisme. Dans la région inguinale droite, une tuméfaction du volume d'un œuf, allongée dans le sens du canal inguinal, apparaît tendue, rénitente, irréductible, mate et douloureuse: l'état général est bon.

Rachianesthésie à la syncaïne (8 centigr.). A l'ouverture du sac il s'écoule un peu de liquide séro-hématique. On aperçoit alors à la partie postérieure du sac une poche rouge, enflammée, à surface dépolie: nous pensons un instant à la vessie, mais après débridement du collet herniaire, on la voit se continuer dans l'abdomen par une partie plus effilée qu'on reconnaît être la trompe. D'ailleurs, derrière cette poche, masquée par des exsudats fibrineux inflammatoires, on trouve un ovaire. Ovaire et trompe avec la portion attenante du ligament large forment tout le contenu irréductible de cette hernie; il n'y a pas d'intestin. On dit « étranglement tubaire ».

En décollant ces organes de la partie postérieure du sac auxquels ils adhèrent fortement, la trompe se rompt et donne issue à plusieurs centimètres cubes de pus bien lié. Après assèchement et attouchement à l'iode, on abandonne le décollement; on jette une ligature solide sur la trompe et sur l'artère utéro-ovarienne; on amène ainsi aisément la trompe dans le champ; une autre ligature est faite sur le ligament lombo-ovarien, le sac est alors attiré et sectionné: ainsi sont enlevés en bloc la trompe, l'ovaire et le sac, auquel ils adhéraient. La cure radicale est ensuite aisément conduite.

L'examen de la pièce montre un pyosalpinx du volume d'une grosse noix et un ovaire scléro-kystique que l'examen histologique, pratiqué par M. le professeur SABRAZÈS, montre bourré de petits kystes folliculaires avec sclérose intersticielle.

Suites bonnes. Trois semaines après, à sa sortie, l'examen de l'appareil génital ne révélait rien de spécial, sauf un utérus un peu gros.

OBSERVATION X

Pyosalpinx dans une hernie inguinale étranglée.

(A. BATTISTA. *Riforma medica*, 3 Aug. 1931)

Histoire clinique : F. J..., 36 ans, mariée. Rien dans les antécédents personnels ou collatéraux. Réglée à 16 ans, elle le fut régulièrement quant à leur durée et à leur quantité.

Elle a été quatre fois enceinte. Trois grossesses furent portées à terme, récemment la quatrième se termina par un abortus. Sans pouvoir préciser le début, la malade souffrait d'une hernie inguinale gauche qui était toujours parfaitement réductible et qui ne l'avait jamais incommodé. L'avortement subi remonte à quarante jours. Elle rapporte à quinze jours une augmentation de volume de la tuméfaction déjà existante et qui est devenue en outre douloureuse et irréductible. Comme les douleurs allaient en progressant, la malade décide dans l'après-midi du 5 juin, venir demander secours à l'hôpital « Incurabili ».

Examen objectif local : Le canal inguinal gauche est occupé dans toute sa longueur d'une tuméfaction de volume d'une grosse orange. La palpation montre la parfaite mobilité de la peau, la consistance dure de la tuméfaction.

Arrêt des matières et des gaz. De la fièvre. Météorisme abdominal, mais sans contracture visible de la paroi abdominale. Le pouls est rapide, mais non petit.

Le toucher vaginal fait sentir une diminution de la consistance et de la mobilité de l'utérus dues évidemment aux états de grossesses antérieures. La matrice est inclinée à gauche.

Diagnostic : En partant de ces constatations, j'ai formulé le diagnostic de hernie inguinale gauche à contenu probablement épiplôïque et pour éviter les surprises toujours possibles, j'ai décidé de procéder à l'intervention immédiate.

Opération : L'acte opératoire fut pratiqué sous anesthésie locale. Après l'incision des téguments et de l'aponévrose et l'ouverture du canal inguinal, on rencontre une masse, de

forme allongée, entourée d'une couche de tissu conjonctivo-fibreux qui la fixe aux tissus environnants. J'ai commencé à isoler la tumeur par son extrémité distale, et à mesure que je procédais à la dissection, il y avait issue de pus, ce qui m'a fait penser à l'autre diagnostic envisagé. Il s'agit d'une salpingite suppurée, avec des parois épaissies, d'aspect nécrosé, divisée en compartiments.

J'ai abandonné l'idée de limiter l'intervention à la seule exploration de la trompe, et j'ai jugé plus prudent d'exécuter la résection du fond de l'utérus. De cette manière j'ai pratiqué une hystérectomie fondique, dans le but d'arriver sur le tissu indubitablement sain.

Après suture du moignon et une péritonisation correcte, j'ai remis l'organe dans la cavité abdominale, en laissant un drainage qui fut retiré le troisième jour.

Suites opératoires sans incidents. Le 12 juillet la malade quitte l'hôpital complètement guérie.

OBSERVATION XI

*Pyosalpinx dans le canal inguinal
sous le tableau d'une hernie inguinale irréductible.*
(D^r E. FAUVET. *Zbl. f. Chir.*, 1932)

M^{me} A. S., 42 ans. Son père est mort d'apoplexie. Sa mère et neuf sœurs sont vivantes et se portent bien. Etant enfant une ascite. Au cours de la première grossesse elle a fait une hémoptysie. Après l'accouchement elle fut dirigée vers une maison hospitalière. En 1913, en relation avec ces faits, elle subit la stérilisation du canal inguinal. En 1924 elle fut admise dans une maison de traitement pour pleurésie exsudative, pour laquelle on a fait des ponctions répétées. Entre 1925-27, des ménorragies. Autrement aucune affection de la sphère génitale. Depuis dix ans, elle consulte de temps à autre pour une tuméfaction ovalaire apparue à l'extrémité supérieure de la cicatrice droite.

Le 20 novembre 1931 elle entre à l'hôpital parce que la

tuméfaction est devenue, depuis quatorze jours, très douloureuse. Pas de vomissements. Des gaz et des selles. Pas de température.

Examen: Une femme de corpulence moyenne, d'adiposité moyenne. Exceptée une couenne de la pleurésie à droite en arrière et en bas, un élargissement du cœur, aucune singularité des organes internes. L'abdomen est souple, facilement palpable. Dans les deux aines présence de cicatrices opératoires. Au niveau de l'extrémité supérieure de la cicatrice droite se trouve une tuméfaction grosse comme une noix, très douloureuse à la pression, de consistance molasse, kystique, laquelle se poursuit dans la cavité abdominale avec un pédicule. Le toucher vaginal ne montre rien de spécial.

Le diagnostic porté fut : hernie inguinale indirecte droite irréductible.

Le 27 novembre, sous anesthésie locale, excision de l'ancienne cicatrice. Après l'incision des feuillets aponévrotiques on tomba sur une tumeur kystique, rouge-bleuâtre. Elle fut isolée. A l'ouverture de l'enveloppe cicatricielle la paroi du présumé sac herniaire se déchire, et il s'écoule sous pression un liquide jaune-verdâtre en assez abondante quantité. Ensuite vient du pus et des flocs de fibrine.

Un examen microscopique immédiat montre la présence de leucocytes, mais ne décèle aucun germe. Là-dessus l'orifice herniaire fut élargi, et un exsudat trouble, sortit de la cavité abdominale. Il fut prouvé de la sorte que ce que nous avons pris pour un sac herniaire n'était en réalité qu'un sac dont la paroi épaisse comme la grosseur du pouce, se continuait avec le fond de l'utérus. Ainsi le diagnostic de pyosalpinx s'imposa à notre esprit.

L'opération se poursuivit avec l'amputation des tubes de Fallope et des ligaments infundibulo-pelviens.

Fermeture du péritoine. Suture des aponévroses. Suture de la peau. Drainage. Suites nettes.

La culture du pus se montra stérile en germes. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'une salpingite chronique purulente.

OBSERVATION XII

Volumineux hydrosalpinx à pédicule tordu et étranglé dans un vieux sac herniaire

(J. MONTAGNE: *Bull. de la Soc. de Gynéc. et d'Obst. de Lille*
Février 1938)

M^{me} W. Auguste, 37 ans. Envoyée d'urgence le 23 novembre 1937, à 20 heures, pour volumineuse hernie, éventration de la région inguinale gauche. La malade déclare que cette tumeur est apparue, il y a sept ans: d'abord grosse comme une noix, elle a augmenté progressivement de volume, pour atteindre depuis deux ans environ les dimensions actuelles, qui dépassent celles d'un gros poing. Dès le début irréductible, cette tuméfaction a toujours été parfaitement tolérée, à telle enseigne que la malade a pu, depuis lors, mener à bon terme et sans le moindre incident, deux grossesses: la première dont le terme survint en décembre 1930, la seconde en juillet 36; au cours de celle-ci, la hernie déjà parvenue à son volume actuel.

Depuis huit jours, la tumeur est devenue douloureuse. Jusqu'à présent rebelle à toute intervention, la malade se décide enfin à se faire hospitaliser.

Femme obèse, au facies floride, très coloré. Température et pouls normaux. Pas de vomissements. Pas d'albuminurie. Une selle spontanée le matin même.

A l'examen: grosse masse inguinale oblongue, de 15 cm. X 6 cm., rénitente, sensible au palper, mate à la percussion et absolument irréductible. Touchers rectal et vaginal, négatifs. Nous pensons à une frange épiploïque étranglée, en voie de sphacèle. Mais, en l'absence de tout symptôme général inquiétant et la malade n'étant pas à jeun, nous renvoyons l'intervention au lendemain matin, afin qu'elle soit mieux préparée.

Intervention: le 24 novembre, à 9 heures. Aide, Dr LONGE.

Rachianesthésie: allocaïne 10 centigr. Incision oblique de 20 cm. parallèle à l'arcade crurale, sur la tumeur même. Nous découvrons un vieux sac herniaire, à paroi épaissie, lardacée,

œdématiée, par endroits. A l'ouverture du sac, après l'issue d'une petite quantité de liquide citrin, nous nous trouvons en présence d'un gros hydrosalpinx de la trompe gauche, du volume d'une orange, à paroi mince fortement violacée, adhérente à la paroi interne du sac par de nombreux tractus fibreux et gélatineux assez lâches. Après libération de ce kyste tubaire, nous parvenons sur son pédicule, qui n'est autre que le ligament large, inclus tout entier dans le sac herniaire, et dans lequel on retrouve l'ovaire gauche, aplati en galette: ce ligament très étiré (15 cm. de longueur) est tordu cinq fois sur son axe, dans le sens des aiguilles d'une montre, et étranglé à son passage à travers le collet du sac. Il rappelle à s'y méprendre l'aspect d'un gros cordon ombilical.

Section du pédicule, après double ligature entre 2 pinces au voisinage de la corne utérine normale. Résection du sac. Cure radicale. Suites normales.

CONCLUSIONS

I. — La salpingite herniaire est une complication inflammatoire de la hernie de la trompe utérine. C'est une affection d'âge adulte.

II. — L'infection est secondaire à la formation de la hernie. C'est elle qui, sous la forme d'une poussée salpingienne aiguë, donne à la hernie la forme clinique d'un étranglement, il ne s'agit alors que d'un pseudo-étranglement.

III. — Les formes anatomiques de la salpingite herniaire sont variables, elles vont de la salpingite catarrhale au pyosalpinx.

IV. — La symptomatologie est celle de la hernie étranglée. La déviation utérine du côté de la hernie, peut attirer l'attention du médecin sur le contenu du sac. Toute femme atteinte d'une hernie présentant des phénomènes inflammatoires doit être soumise à un examen gynécologique.

V. — Seule la résection de la trompe malade est la thérapeutique de la salpingite herniaire, qui n'est en général pas très grave du fait qu'on a affaire à un foyer infectieux en péritoine cloisonné.

BIBLIOGRAPHIE

- ABBELOOS et POHL. — Pyosalpinx hernié et étranglé dans une éventration. *Le Scalpel*, 21 août 1937.
- BATTISTA (A.). — Piosalpinge et utéro in ernia inguinale strozzata. *La riforma medica*, 3 aug. 1931.
- BECLERE (C.). — L'hydrosalpinx bilatéral ignoré. *Rev. fr. de Gynéc. et d'Obst.*, mai 1938.
- BERGERE (P.). — Hernies de la trompe. *Article in Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus*.
- BIRMANN. — Ein Beitrag zur Kasnistik der Adnexhernien. *Wien. Klin. Wochenschrift*, 1922.
- BORDEAU (M.). — La hernie complète des organes génitaux profonds de la femme en dehors de la grossesse. *Thèse Paris*, 1904-1905.
- BOTTO-MICA (A.). — Sopra un caso di ernia della tromba uterina in ernia inguinale recidiva. *Riv. d'Ostet. e ginec. prat. Aug.* 1931.
- BRINDEAU (A.). — Salpingite et avortement. *Ann. de gynec. et d'Obst.*, 1908.
- CAMUS (V.). — Les hernies de la trompe utérine seule. *Arch. Méd. de Province*. Tours, 1923.
- CHALNOT et LEICHTMANN. — A propos des salpingites herniaires. *C. R. de la Soc. fr. de Gynéc.*, juin 1938.
- CRANWELL (D.). — Les hernies inguinales de l'utérus S. Pozzi. *Rev. de Gynéc. et de Chir. Abdom.*, 1908.
- DANIEL (C.). — Die Leistenhernien der weiblichen geschlechtorgane. Hernien Adnexitiden. *Beitr. z. Gehertsch. u. Gynäk.* Leipzig, 1913.
- DELEPINE (J.). — *Rev. fr. de Gynéc. et d'Obst.*, 1924, p. 548.

- DEVANE (J.-F.). — Fallopian tube found in femoral hernia. *The Lancet*, 1^{er} novembre 1916.
- ECOT (F.). — Hernie isolée de la trompe utérine. *Soc. Anat.*, Paris, 1922.
- ENCYCLOPÉDIE MÉDICO-CHIRURGICALE, page 2030 (10-933).
Hernie de la trompe.
- FAUVET (E.). — Eine Pyosalpinx un Leistenkanal unter dem Bilde einer Hernia inguinalis irreponibilis. *Zbl. f. Chir.*, 9 août 1932.
- FAZIO-MARIANO (J.). — Hernias tubo-ovaricas torsion de los anexos en la cavidad del saco-herniariis. *Semana Medica*, 12 mars 1931.
- FRANCK (R.). — Hernie de la trompe enflammée. Cure radicale. Guérison. *Internat. Klin. Rundschau*, 1892.
- GARRIGUES (A.). — Les hernies de la trompe utérine. *Thèse de Paris*, 1903-1904.
- GÖPPEL (R.). — Ein Beitrag zur kenntniss die Tubenhernien *Chir. Beitr. Testchrift. f. Benno. Schmidt*. Leipzig, 1896.
- GASNE. — Hernie crurale droite isolée de la trompe. *Paris Chir.*, 1922.
- GUINARD (A.). — Hernie inguinale de la trompe. Salpingite correspondante. *Bull. Soc. Anat.*, Paris, 1893.
- HEINECK (A.-P.). — Hernies tubaires, ovariennes et tubo-ovariennes inguinales et crurales. *Gaz. Hebd. des Sc. Méd. de Bordeaux*, 7 août 1927.
- HILAROWICZ (H.). — Zur Operation der inguinal Adnex. hernien. *Zbl. f. Chir.*, 17 novembre 1928.
- IOANITZESCU et APOSTOL (S.). — Hernie inguinala al anexelor *Gynec. si Obst.*, Bucarest., 1937.
- IVANOFF (P.). — Hernies de la trompe de Fallope. *Thèse de Lille*, 1901-1902.
- JABOULAY et PATEL. — Hernies de la trompe in *Traité. Le Dentu et Delbet*, t. 25, 1924.
- JEAUNENEY et DAX. — Sur un cas de salpingite herniaire. *Soc. Anat.*, Paris, 1923.

- JORDAN. — Fall von Ruptur einer tubaren Fruchtsackes in einer linkseitigen Leistenhernie. *München medic. Wochenschrift.*, 1897.
- KOUSMINE. — Hernies crurales de la trompe. *Rev. de Chir.*, 1895.
- LEJARS (F.). — Hernies inguinales de la trompe. *Revue de Chirurgie.*, 1893.
- MONDOR (H.). — Diagnostics urgents. Abdomen. Masson, 1933.
- MONTAGNARD (M.). — Les hernies de la trompe utérine. *Thèse de Lyon*, 1909-1910.
- MONTAGNE (J.). — Volumineux hydrosalpinx à pédicule tor-
du et étranglé dans un vieux sac herniaire. *Bull. de la Soc. de Gynéc. et d'Obst. de Lille*, Février 1938.
- MOSTON et BUTLER. — Tivo cases of hernia of the Fallopian tube. *The Lancet*, 1894.
- NEUGEBAUER (F.). — Zu dem Aufsätze von. E. Fauvet. *Zbl. f. Chir.*, 1932.
- PERRINO (A.). — Su di un caso di ernia della tromba uterina. *Ninerva Medica*, 11 Aug. 1928.
- REMEDE. — Sulla ernia della tromba uterina et delli trombe
accessoire (Dessi, éditeur. Cagliari), 1898.
- RENNY (E.). — Left Fallopian tube found in left femoral
hernia. *The Lancet*, 1916, 28 octobre.
- REYMOND (M.). — Hernie inguinale de la vessie, de la trompe
et de l'ovaire. *Bull. Soc. Anat.*, Paris, 1894.
- SARNOFF (J.). — Hernia of uterus and tubes through inguinal
canal. *Am. J. Obst. gynec.*, mai 1928.
- SCHULTZ (G.). — Contribution à l'étude des hernies de la
trompe sans hernie de l'ovaire. *Thèse Paris*, 1898-1899.
- VERDELET et CHAVANAZ. — Hernies de la trompe. *Gaz. Hebd.
des Sc. Méd. de Bordeaux*, 1924.
- VILLARD. — Salpingite suppurée dans un sac herniaire. *Bull.
Soc. de Chir.*, Lyon, 1900.

- VILLA (E.) et JULIEN (E.). — Dos observaciones de hernia inguinal de trompa y ovaria. *Semana Medica*, 13 mars 1930
- VOGEL. — Die Tuba Fallopiä als einziger Inhalt einer Hernia inguinalis. *Zbl. f. Gynäk.*, 1886.
- WAKELEY (G.-P.). — Hernia of ovary and fallopian tube. *Surg gynec. obst.*, août 1930.
-

Vu :

Nancy, le 12 novembre 1938.

Le Président de thèse,

HAMANT.

Vu et approuvé :

Nancy, le 14 novembre 1938.

Le Doyen de la Faculté de Médecine,

SPILLMANN.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 15 novembre 1938.

Le Recteur de l'Académie,

BRUNTZ.

Président du Conseil de l'Université.

TABLE DES MATIÈRES

I. — Introduction	7
II. — Historique	9
III. — Considérations anatomiques favorisant la hernie tubaire	11
IV. — Aspects anatomo-pathologiques de la salpingite herniaire	16
V. — Etiologie	18
VI. — Pathogénie	20
VII. — Symptomatologie et diagnostic.....	23
VIII. — Pronostic et traitement.....	27
IX. — Observations	29
X. — Conclusions	47
XI. — Bibliographie	48
